

Psykatrialdiagnosar – ein kunnskapskritikk

Tor-Johan Ekeland

Psykiatridiagnosar – ein kunnskapskritikk

Diagnosar er kunnskap, men kva slags kunnskap? Er det samsvar mellom det psykiatridiagnosar gir seg ut for å vere, og den samfunnsfunksjonen dei har?

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Korleis eit samfunn skil mellom psykisk helse og uhelse/sjukdom, normalitet og avvik, har store konsekvensar; for enkeltmenneske og for samfunnet, med juridiske, økonomiske, sosiale og

psykologiske implikasjonar.¹ I praksis har vi latt den amerikanske psykiaterforeininga (APA) ta seg av dette vesentlege samfunnsmessige spørsmålet. Påstanden er sett fram vel vitande om at vi i Norge ikkje nyttar det APA-skapte DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), men ICD (International classification of diseases, injuries and cause of death) som er tilrådd av WHO. Det er likevel DSM som sidan åttitalet (DSM III) har vore ekspansivt og hegemonisk i vestverda, og som ICD nærmar seg.

Psykiatridiagnosar vekker tidvis debatt. Og debatt og strid var noko av grunnen til at den femte versjonen av DSM (DSM-5), som opphavleg skulle kome i 2010, først kom i 2013. Den viktigaste kritikken kom ikkje frå tradisjonelt psykiatrikritisk hald, men frå innsida, frå vanlegvis DSM-lojale aktørar. Mest oppsikt vekte truleg kritikken frå tidligare redaktør av DSM IV, Allan Frances. Hovudinnvendinga hans er at systemet har ført med seg ei ekspansiv medikalisering, og bidratt til det han omtalar som tre falske epidemiar: ADHD, autisme og bipolar lidning hos barn (Frances, 2013). Liberaliseringa og medikaliseringa er delvis også innrømt av sjefen for DSM-III, Robert Spitzer (i Horwitz & Wakefield, 2012). Og kritikken kjem også frå eksplisitt biologisk orientert psykiatri. Til dømes har Nancy Andersen (2007) kritisert utviklinga av DSM for å ha ført til ei teknisk-instrumentell symptomteljing og underminering av brei klinisk kunnskap. Michael Alan Taylor (2013), som også er biologisk orientert, fell ein knusande dom over amerikansk psykiatri og DSM, først og fremst fordi ein ikkje har klart å leve opp til dei forventningane som vart skapte i 1980 (DSM III). Systemet er for lett å bruke, mens validiteten er forskreккеleg låg. Psykiatrien bør bli meir nevrologi, er Taylors råd. Det er også mangel på validitet og lita evne i DSM-5 til å utvikle ein nosologi i samsvar med biologiske markørar, som har ført til at det amerikanske National Institute of Mental Health (NIMH) vender tommelen ned for DSM-5 (Insel, 2013). Dei har starta sitt eige forskingsprogram for å bøte på desse manglane.

Psykiatrien etablerer seg med andre ord gjennom å studere den gale som objekt – eit objekt for medisinsens granskande blick

Denne kritikken er interessant på mange vis, ikkje minst i eit historisk perspektiv. DSM III var nemleg i si tid «motivert» av kritikk. Då den kom i 1980, var versjonen ikkje ein revisjon,

¹Denne artikkelen er en omarbeiding og videreføring av tanker og meninger jeg har jobbet med over lang tid, og som har vært publisert i ulike former også tidligere, blant annet i artikkelen «Ein diagnose av psykiatridiagnoser», publisert i Impuls, 1/ 2003

men ein revolusjon – eit forsøk på å utvikle eit diagnosesystemet på ein epistemologisk lest som skulle «gjenreise» psykiatrien sitt vitenskaplege omdømme. Kritikken ein skulle «svare » for kom m.a. frå antipsykiatrien (m.a. Cooper, Laing og Szasz), frå avvikkssosiologien (m.a. Goffman, Becker og Scheff), men også frå empiriske studiar frå «eigne rekker» som viste forskrekketleg dårleg reliabilitet. Eksempelvis vart diagnosen schizofreni nytta så ulikt i USA og i Europa at om sjansane i England var 2 prosent for diagnosen, var den tilsvarande 69 prosent i USA (Kendell, 1971). Mest berømt frå denne tida er kanskje David Rosenhan sitt felteksperiment «Being sane in insane places» der 8 friske personar, etter å ha simulert same type symptom (hørde stemmer), blei innlagt på 12 ulike psykiatriske sjukehus og seinare skrivne ut anten med diagnosen schizofreni (dei fleste) eller bipolar lidning. Rosenhan blei seinare utfordra til å gjenta eksperimentet av eit fagmiljø som meinte seg kompetent til å avsløre falske pasientar. I denne delen av eksperimentet vart 83 av 193 nye pasientar «avslørte» som falske. Problemet var at Rosenhan i realiteten ikkje hadde sendt nokon pasientar ved dette høvet (Rosenhan, 1973). Dette alvorlege anslaget mot validiteten til psykiatridiagnosar vekte oppsikt og debatt, og ein av dei som mest iherdig kritiserte Rosenhan, mellom anna for pseudovitskap, var Robert Spitzer (1975). Spitzer vart seinare formann for DSM III-komiteen, og leia det fagmiljøet som var premissleverandørar for den epistemologiske arkitekturen då DSM skulle byggast om, tidvis omtalt som ny-kraepelinistar (sjå Bentall, 2003). Skal vi skjønne dagens situasjon, krev det eit blick på dei historiske føresetnadene. I denne artikkelen er omdreingspunktet at DSM frå og med versjon III reformulerte sitt epistemologiske grunnlag for å gjere systemet meir vitenskapleg, men at utviklinga fram til DSM-5 viser at dette ikkje har vore eit vellukka prosjekt, epistemologisk sett. DSM er ikkje den typen kunnskap den gir seg ut for å vere. Veksten og utviklinga av psykiatridiagnosar er ikkje ei fylgje av vitenskapleg framgang og akkumulert kunnskap om psykiske lidningar. Det er ei fylgje av ulike ikkje-medisinske og samfunnsmessige funksjonar som dette systemet utøver.

Den historiske konstruksjon av psykiatridiagnosar

For å erkjenne verda er det nødvendig å dele den opp, men verda treng ikkje vere oppdelt slik vi gjer det – noko vi lett kan gløyme. Slik kan vi rett og slett forveksle kart (epistemologi) med terreng (ontologi). Diagnosar er «kart», men som ein del av språk og diskurs kan dei fort bli reifiserte, og nemninga og det namnet omtalar, blir eitt og det same. Våre epistemologiske versjonar blir då ikkje berre ein omtale av røyndomen, men også ein måte vi formar han på. Då er det ikkje lenger vi som

brukar kategoriane, men dei som brukar oss. For å undersøkje dette når det gjeld psykiatridiagnosar, er det nødvendig å setje kategoriane inn i ein historisk samanheng.

Først nokre presiseringar. Vi må skilje mellom diagnosar og faglege omgrep. Alle fag treng sistnemnde – språklege reiskapar til å kunne gripe om fenomen slik at dei kan talast om. Men diagnosar er noko meir enn dette, ikkje minst når dei hevdar å bygge på vitskap. Vi bør også skilje mellom diagnostisering og diagnose. Diagnostisering, som praktisk handling, dreier seg om eit sett av kognitive operasjonar etter ein viss logikk: å tolke teikn på eit problem for deretter å tilordne problemet til ein bestemt type, slik at kunnskap om denne typen problem og føretrekte tiltak kan aktiviserast. Ein rasjonalitet som dette er neppe eksklusiv for ein vitskapsorientert praksis, men universell for alle typar medisinske system (Ekeland, 1999b). Ein diagnose derimot er ein konklusjon om ein viss kategori innanfor eit sett av moglege kategoriar, dvs. kategoriane *innanfor* eit bestemt diagnosesystem og det medisinske meningssystemet dette er ein del av. Dette systemet utgjør det epistemologiske grunnlaget for diagnosen. Ein vestleg lege diagnostiserer mellom moglege diagnosar innanfor ein biomedisinsk epistemologi, og ikkje mellom dette systemet og t.d. ayverdisk medisin. Med andre ord: Når vi set ein diagnose på ein pasient sine problem, innordnar vi problemet i ein epistemologi som også impliserer ein teori om sjukdom. Den epistemologien som DSM-systemet bygger på, har lange røter.

Vitskap og opplysning

Opplysningstida og vitskapen sin framvekst og auka rolle er kontekst også for framveksten av psykiatri, så vel som for moderne medisin. Alt var i prinsippet tilgjengelig for objektiv forskning, alt kunne i prinsippet erkjennast. På same vis som med plantar og dyr meinte ein at mennesket og dei menneskelege variasjonane sin nøyaktige plass i naturen kunne fastsetjast ved observasjon, måling og samanlikning mellom grupper. *Carl von Linné* (1707–78), den vitskapelege taksonomiens far og store førebilete for vitskapleg systematisering i opplysningstida, hadde registrert skilnadene mellom europearar og innfødde i Afrika med same nøyaktigheit som når han omtala skilnader mellom skaldyr og fisk. I hagebruk som i medisin blei det nyttige skilt frå det unyttige, det reine frå det ureine. På same viset sto medisinen (seinare psykiatrien) fram med ein «lovnad» om å sette tinga på plass. Galskapen var eit problem som skulle løysast – slik ein elles tok kontroll over naturen for å meistre den og forbetre den. Det er ein interessant historisk observasjon, som mellom anna Foucault (1973)

har gjort seg, at samstundes som kategoriane grip forklarande inn, svinn også verdien av å ta for gitt menneskeleg mangfald og variasjon. Dei bipolare opposisjonane (gal/ normal, sjuk/frisk) grip formande inn i tilværet. Galskapen blir mindre flytande, grensene blir skarpare gjennom kategoriane. Dette er i sin tur også ein nødvendig føresetnad for den samfunnsmessige administreringa og kontrollen av galskap. Nemninga psykiatri vart først teken i bruk av *Johan Christian Reil* (1759–1813), og den tidlege diagnostiske tilnærminga skjedde gjennom det observerande kliniske blikket. Slik utvikla ein galskapens ikonografi – visualisering av galskapen som t.d. i *Esquirol* (1772–1840) sitt biletatlas frå 1838 (Gilman, 1981). Å framstille galskapens fysiognomi var ein del av den generelle fysiognomiske læra som tilsa at dei verdifulle eigenskapane måtte gå saman med dei estetisk verdsette fysiognomiske kvalitetane. Galskapen, det avvikande sinn, blei portrettert med sin avvikande fysiognomi.

*Som subjekt er den gale i hovudsak stum og språklaus fram til Sigmund Freud
erstattar blikket med hørselen: å lytte til den gale*

Galskap objektivert

Psykiatrien etablerer seg med andre ord gjennom å studere den gale som objekt – eit objekt for medisinenes granskande blikk. Fokuset er då galskapen, ikkje den gale. Som subjekt er den gale i hovudsak stum og språklaus fram til *Sigmund Freud* (1856–1939) erstattar blikket med hørselen: å lytte til den gale. Rett nok hadde psykologiske versjonar gjort seg gjeldande før den tid, men den hegemoniske tyske psykiatrien var organisk orientert. Psykiatri var nevrologi. Når Sigmund Freud lanserte sine idear om å skjønne galskap i lys av den gale sin psykologi, vart dei følgeleg oppfatta som nye. Psykoanalysen si etablering og sitt hegemoni er eit interessant historisk mellomspel i den historiske utviklinga av psykiatridiagnosar fram til DSM-systemet. I denne læra var ein omfattande nosologi sett på som uvesentleg teoretisk sett, i det ein tenkte seg at alle psykiske lidingar hadde eit felles etiologisk opphav. Psykoanalysen sin posisjon førte truleg til at ein av Freud sine samtidige, tyskaren *Emil Kraepelin*, ikkje kom til å prege utviklinga i same grad det neste hundreåret. Mens Freud og psykoanalysen på åttitalet vart plassert på historias skraphaug, fekk Kraepelin si diagnostiske tenking likevel ein ny vår gjennom DSM- III.

Emil Kraepelin (1856–1926)

Før Kraepelin var der fleire konkurrerende diagnostiske system, men ingen konsensus om kva ein burde nytte. Kraepelin kan difor med rette omtalast som grunnleggjar av moderne diagnosar i psykiatrien, og i ettertid kanoniserast som DSM-III sin åndelege far. Han hadde ei usvikeleg tru på vitskapen sin akkumulerande karakter og såg på psykiatri som ein nomotetisk vitskap som kunne avdekke universelle lover bak mentale lidningar. Såleis var han ikkje interessert i individet sine unike problem, men kva det hadde til felles med andre. Truleg var lidenskapen for botanikk ikkje uvesentleg for hans nosologiske interesse, og denne hobbyen dyrka han heile livet saman med broren Karl, som hadde botanikk som fag (Engstrøm, Burgmair & Weber, 2002). Kraepelin kritiserte tesen om einskapspsykosen og utvikla eit system for differensiering og kategorisering bygd på førestellinga om skilde sjukdomseiningar. Inspirasjonen henta han frå framgangen i somatisk medisin som bygde på ein biomedisinsk epistemologi, ei *naturalisert* oppfatning av sjukdom – at både diagnose og behandling skal forankrast i vår forståing av den biologiske kroppen som natur. Biomedisinen sin praksis for sjukdomsklassifisering har ei lang historie med utgangspunkt i nosologien, medisinenens botaniske tradisjon, grunnlagt av *Thomas Sydenham* (1624–1689), inspirert av Paracelsus si entitetsoppfatning av sjukdom. Sjukdom vart såleis ontologisert som kvalitative storleikar ein kunne gjere greie for ved å beskrive dei slik ein beskriv plantar; ordne dei i familiar og slektskap og deretter utvikle spesifikk behandling. Denne forståinga var historisk sett grunnlag for store framsteg. Ein kunne no systematisere klinisk erfaring på ein ny måte, og omtale sjukdom uavhengig av den sjuke sjølv. Sjukdomar vart nomotetiske, universelle kategoriar som kunne studerast i den objektive kroppen. Baksida, av mange sett på som biomedisinenens paradigmatisk hovudproblem, er manglande sensitivitet for kroppssubjektet, for kroppens levde erfaringar og korleis den kan innskrive seg i sjukdomsframkallande strukturar (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Det kan vere bakgrunnen for kritikken av medisin om å vere flink til å behandle sjukdomar, men dårleg til å behandle sjuke personar. Når det gjeld psykiske lidningar, er spørsmålet om ein i det heile teke kan behandle sjukdomar, uavhengig av den sjuke sjølv.

Kraepelin måtte gi opp ambisjonane sine om å utvikle etiologiske diagnosar, likeeins tanken om å utvikle kvantitative mål slik at ein kunne fastsetje avvik og skilje mellom kategoriane på nøyaktig vis. Denne tanken fekk likevel sin renessanse gjennom DSM-III og utvikling av skalaer som diagnostiske reiskapar (nokre lista her med sine akronym: GHQ, GAS, SADS, DIS, CIDI). Sjølv om

Kraepelin si lærebok vart lesen over heile verda, kom populariteten paradoksalt nok først og fremst av dei gode og utførlege kاسوبtalane. Det diagnostiske systemet vekte heller lita vitskapleg interesse, og etterkvart som psykodynamisk forståing kom til å dominere psykiatrifaget, vart diagnosesystem ikkje tekne på stort alvor, klinisk sett.

Amerikansk psykiatri og utviklinga av DSM

Slik såg det lenge ut til at psykiatrien kunne klare seg utan standardiserte system for klassifikasjon. Men det kunne ikkje dei som skulle telje folk. Utviklinga i amerikansk psykiatri som førte fram til DSM, var ikkje initiert av psykiatrien sjølv, men av det amerikanske byrået for folketeljing (Bureau of Census) (Kirk & Kutchins, 1992). I arbeidet med å utvikle statistikk over folkesetnaden hadde byrået fleire gonger (1904 og 1908) forsøkt å telje pasientar i institusjonar, men var i beit for gode kategoriar utover dei to som vart nytta: «idiocy» og «insanity». Dei vende seg difor til den amerikanske psykiaterforeininga (APA) for å få hjelp, og i 1918 kom ein statistisk manual med 22 diagnostiske kategoriar. Fram til 1942 kom den i 10 utgåver. Frå leiande psykiaterhald (t.d. Adolf Meyer) vart det peika på at statens administrative behov for statistikk ikkje måtte overstyre kva det var fagleg behov eller grunnlag for (Grob, 1991). Den amerikanske hæren hadde utvikla sitt eige system, og dette vart seinare nytta av WHO i utviklinga av ICD.

Når APA i 1952 lanserer DSM I, er konteksten ein etterkrigssituasjon med overfylte institusjonar, vekst i psykiatrimedisinen og nye konkurrerande profesjonar som psykologar og sosialarbeidarar. Det er behov for eit diskursivt leiarskap. Systemet var relativt enkelt med eit skilje etter etiologi i hovudgruppene organiske og psykiske lidingar, og dei sistnemnde grupperte i psykosar og nevrosar. I alt var det 60 diagnostiske kategoriar. Komiteen i APA som utarbeidde systemet, hadde 21 medlemmar, i hovudsak psykoanalytisk orienterte. DSM I kom difor til å markere at psykodynamisk og psykoanalytisk tenking hadde teke over hegemoniet frå den biologiske psykiatrien (Kirk & Kutchins, 1992). I kliniske og vitskaplege miljø var det likevel lita interesse for klassifikasjon på denne tida. Både versjon I og seinare versjon II, som kom i 1968 med 145 diagnoser, var relativt beskjedne dokument med ei oppstilling av kategoriane og ein kort omtale av kvar ut frå komiteen si oppfatning av konsensus i psykiaterlauget (Beutler & Malik, 2002.)

Frå revisjon til revolusjon

Forspelet til DSM-III er allereie omtala. Syttitalet var ein kontekst der psykiatrien møtte sterk kritikk. Det galdt ikkje minst eit kritisk sosialpolitisk søkjelys på psykiatriske institusjonar og deira inhumane sider. Kritikken vart også artikulert frå medisinen sjølv, og frå nye faglege orienteringar som var i opposisjon til den psykoanalytiske ortodoksien og maktdominansen. Viktig er også den veksande samfunnsvitskapen, som stiller grunnleggjande spørsmål både ved psykiatrifaget sin vitskaplege legitimitet og faget sine ideologiske funksjonar. Psykiatrien sin stigmatiserande funksjon vart drøfta slik at faget sjølv på sett og vis vart stigmatisert. Kritikken mot DSM II var også ein del av denne situasjonen, som både var ein lærekamp og ein politisk kamp. Samstundes som APA i 1973 var i gang med å legge planar for revisjon av DSM II, vart det utløyst ein kontrovers om homoseksualitet som mental lidning. Den heldt på å sprengje foreininga innanfrå, og førte med seg nærgåande merksemd frå media og publikum. Dei ortodokse psykoanalytikarane kom på defensiven i denne striden. Før omtalte Robert Spitzer, som på dette tidspunktet var medlem av komiteen for statistikk og nomenklatur i APA, kom til å spele ei avgjerande rolle som meklar. Med kløkt skisserte han ulike diagnostiske alternativ. Prøvesteinen var avstemmingane i det psykiatriske lauset, som til slutt viste fleirtal for ei deklassifisering av homoseksualitet som eigen sjukdomskategori. Spitzer sine skrivekunster førte til at dette både skjedde og ikkje skjedde. Etter mange framlegg (m.a. «homodysphilia» og «dyshomophilia») inneheldt DSM III diagnosen «Ego- Dystonic Homosexuality», ein diagnose for dei som hadde trøbbel med legninga si (Spitzer, 1981). Striden ebba etter kvart ut, og denne diagnosen vart ståande til 1987, då den stilt og fredeleg forsvann ved revisjonen til DSM-III-R (Bayer & Spitzer, 1982; Bayer, 1981). Saka førte til endring i leiinga av APA og i ulike sentrale posisjonar, med dei fylgjene at det psykodynamiske hegemoniet vart brote, og Spitzer blei peika ut til å leie arbeidet med å utvikle DSM-III (Kirk & Kutchins, 1992). Han fekk fritt spelerom i samansetjinga av dei mange komiteane og underkomiteane for arbeidet, og det er han som skisserer den nye arkitekturen for DSM-III. Komiteane var i hovudsak antipsykoanalytiske og pro-kraepelinske i si orientering, og markerte at den biomedisinske psykiatrien igjen hadde teke over hegemoniet. Kringlen (2002) omtalar hendinga som eit kupp. Arbeidet var inspirert av dei såkalla Feighner-kriteria, utvikla med tanke på forskning, av ei gruppe ved Washington University leia av John Feighner (1972). Arbeidsprosessen som førte fram til versjon III, er mellom anna skildra av Davies (2013), og vitnar meir om ein fagpolitisk prosess enn

det som kjenneteiknar vitenskapleg kunnskapsdanning. Om ei plage eller lidning får status som diagnose, handlar like mykje om konsensus, og om å vinne avstemmingane, som om empirisk dokumentasjon.

Sjølv om DSM III framstilte seg sjølv først og fremst som deskriptivt og ateoretisk, er ambisjonen om å akkumulere kunnskap om psykiske lidningar i samsvar med logikken frå somatisk medisin (som var Kraepelins ambisjon) likevel tydeleg. Det biomedisinske kunnskapsprosjektet legg som sagt til grunn ei *naturalisert* oppfatning av sjukdom – at både diagnose og behandling skal forankrast i vår forståing av den biologiske kroppen som natur. Behandling skal kunne spesifiserast av diagnosen, og presumtivt vere verksam uavhengig av behandlaren, kontekst og forhold ved pasienten som er irrelevante for den aktuelle sjukdomskategorien. Idealet er altså ein universell, eller kontekstfri, medisin.

God diagnostikk må bygge på kunnskap om samanhengar mellom ulike nivå. Først må ein kunne avgrense/kategorisere sjukdomar reint deskriptivt (*nosografi*), og mest mogleg reliabelt. I tillegg må klassifiseringa, om den skal vere vitenskapleg, implisere ein meirviten om *etiologi*, om underliggjande *patologi*, om utvikling (*prognose*), og endeleg: kva *terapi* som vil virke. Nosologien er såleis berre eit element i moderne diagnostikk, og har ingen verdi i seg sjølv. Eit diagnosesystem som hevdar å vere vitenskapleg, må med andre ord leve opp til nokre kunnskapskrav, i hovudsak dekte av omgrepa *reliabilitet* og *validitet*. Reliabiliteten handlar om det deskriptive, at det er ein viss akseptabel konsensus om kva teikn/symptom (eller informasjon) som utløyser ein bestemt kategori. Men vitenskapleg blir systemet fyrst når ei slik kategorisering utløyser ein akkumulert meirviten på dei underliggjande nivåa, ikkje minst i forhold til å kunne predikere behandling.

DSM har ikkje levd opp til kunnskapskrava ovanfor. Nosologien er rett nok blitt meir empiristisk i den tydinga at inklusjonskriteria blir ekspliserte i operasjonelle atferdstermar langs fleire aksar. Men den vitenskaplege aktiviteten og dokumentasjonen som DSM III i si tid førte med seg, handla om reliabilitet, og den vitenskaplege legitimiteten har nettopp vore konsentrert om dei reint tekniske utfordringane som reliabiliteten representerer. Men, høg reliabilitet seier som kjent ingen ting om validitet. Validiteten kan både vere låg og irrelevant sjølv om reliabiliteten er høg. Den vitenskaplege litteraturen kring DSM er påfallande lågmælt om dette problemet. På sett og vis skulle DSM III i si tid bidra til å gjenreise psykiatrifaget sin vitenskaplege legitimitet. Det er nettopp denne legitimiteten som kritikken av DSM-5 no set på prøve. Om vi som tankeøving ser på den biomedisinske arkitekturen som ein hypotese om psykiske lidningar, la oss seie sette fram av Kraepelin i 1883 (då hans store psykiatribok kom ut), kan ein i dag, knapt 130 år seinare, hevde at

hypotesen er falsifisert. Så langt er det ikkje påvist ei einaste psykisk lidning som har ein avgrensa biologisk patologi (i forhold til biologiske normer). Og psykiatridiagnosar er framleis i hovudsak deskriptive (nosografiske), slik medisinske diagnosar var på 1800-talet, med svak akkumulering på dei andre nivåa. Kunnskapsutviklinga i den biomedisinske psykiatrien har i det heile teke vore atypisk samanlikna med kunnskapsutviklinga i andre delar av medisinen, der til dømes diagnosar som forblir deskriptive og ikkje fører til akkumulering av kunnskap på dei nivå eg har nemnt, vil bli avvikla (Houts, 2002). At psykiatridiagnosar likevel *kan* validerast gjennom biomarkørar, er ein ambisjon som ikkje er gjeven opp av alle – til dømes NIMH, som eg nemnde tidlegare. I det følgjande skal eg argumentere for at ideen om biologiske markørar for ulike psykiatriske diagnosar er høgst tvilsam.

Sjukdom som sosiale kategoriar

Kva ein medisinsk sett klassifiserer som sjukdom eller ikkje, er ikkje eit medisinsk eller vitenskapleg spørsmål åleine. I kroppen finst berre biologiske variasjonar, og denne variasjonen finnes ikkje *for oss* før vi erkjenner den. Å karakterisere ein biologisk prosess som sjukdom inneber å veve den inn i ein kompleks vev av sosial mening. Alle diagnosar av sjukdom er difor fundamentalt sett kunnskapsversjonar og føreset ei kulturell avklaring og ei forhandling av kva som kan gjevast status som sjukdom (Veatch, 1973). Å «vere sjuk» er såleis også ein sosial kategori som ikkje utan vidare impliserer at ein ontologisk sett alltid «har ein sjukdom», definert i eintydige biologiske variablar. Det moderne helsevesenet definerer slik sett ikkje berre eit naturgitt domene, men eit domene som kjem til syne gjennom ein kulturhistorisk prosess. Ikkje minst er dette tilfellet når det gjeld psykiatridiagnosar. DSM impliserer ein epistemologi som legg til grunn at menneskelege følelsar, tankar og åtferd kan identifiserast og kategoriserast som representasjonar for eit biologisk domene. Men slike data (følelsar, tankar og atferd) er nødvendigvis sosiale data. Kva som er avvikande eller unormalt, kan berre bedømmast i høve til normer, og normer for (normale) tankar, følelsar eller åtferd høyrer det sosiale og ikkje det biologiske domenet til. At all menneskeleg variasjon også har ei biologisk side, er sjølvsagt – men biologisk patologi må bedømmast i forhold til biologiske og ikkje sosiale normer. Samanblanding her er eit døme på «the mereological fallacy» (Bennet & Hacker, 2003). Validering av DSMdiagnosar i biomarkørar, slik mange har ambisjonar om, løyser ikkje dette problemet. Snarare kan ein på det viset bidra til å kamouflere diagnosesystemet sin sosiale og samfunnsmessige funksjon.

Funksjon

I eit pragmatisk perspektiv kan DSM og liknande system sjåast som ein katalog som kan lette kommunikasjonen i psykiatrien sitt arbeidsfelt, både i høve til administrasjon, forskning og klinisk samhandling. Alle treng eit fagspråk. Men diagnosesystem er noko meir enn dette. Det er også kunnskapssystem og må kunne vurderast i høve til dei krav ein normalt set til vitskapleg kunnskap, slik det er gjort her. Det kan likevel vere at det er andre grunnar enn kriterium for god kunnskap (reliabilitet og validitet) som opprettheld eit system, nemleg dei funksjonane systemet har. Om ein del granskingar står til truande, har psykiske vanskar og lidingar av ulikt slag auka dramatisk i den vestlege verda i dei siste tretti åra (Twenge, 2000; Weissman, 1992; Whitaker, 2010). Det er vanskeleg å vite kor reelt dette er, og kva som er skapt av auka diagnostisk aktivitet. Eit døme er den store auken i depresjon, som mellom anna har utløyst stor bekymring i WHO. Den kan vere reell, men den kan også vere diagnoseskapt. Det er nemleg godt dokumentert at diagnosen depresjon – særleg etter DSM III – har blitt liberalisert (Horwitz & Wakefield, 2012). Dette skjedde parallelt med, og som del av, marknadssføringa av dei nye antidepressiva (SSRI-preparata) (Whitaker, 2010). Psykiatrien sitt bidrag til å skjønne psykisk liv i det postmoderne har i hovudsak vore å utvikle nye diagnostiske kategoriar, og slik gitt bidrag til å kamuflere at spørsmål om psykisk helse / psykiske lidingar alltid også gjeld kulturelle og samfunnsmessige, og dermed normative spørsmål. Vi vil gradvis kunne flytte grensene mellom sjukt/friskt, normal/unormalt og få dette til å sjå ut som faglege/vitskaplege landevinningar medan det i røynda er uttrykk for sjukeliggjering og tilhøyrande medikalisering av menneskeleg variasjon. Særleg problematisk blir dette når kulturelle feil blir utlagde som biologiske feil, slik den aukande biologiseringa i psykiatrien vitnar om. Vi har den biologien vi har. Språket i den biomedisinske psykiatrien seier implisitt at denne biologien ikkje er bra nok – og så sant vi finn metodar, bør vi gripe korrigerande inn og forbetre den. Det som er sagt her, har med psykiatrien sine ideologiske funksjonar å gjere.

Rett diagnose – rett behandling?

Treng ikkje folk diagnosar for å få rett behandling? Diagnosar har ulike funksjonar. For folk som lid, er tilgangen til ein diagnose og kategorien «sjuk» viktig av fleire grunnar, først og fremst fordi den gir tilgang til ei sosial rolle – rolla som sjuk. Det gir både pliktar og rettar. Dei materielle er tydelege nok:

fritak frå arbeid og plikter, sjukepengar og trygd, og tilgang til behandlingsapparatet sine tenester. Men like viktig er den symbolske legitimeringa: retten til å kunne lide i samfunnet sine auge. Ein diagnose seier implisitt at ein er gjenkjend – ein har noko som andre har eller kan få. Gjenkjenninga er slik også anerkjenning. For mange som er «sjuke», er det lettare å seie kva ein *har* og lid *av*, enn å forklare at livet er vondt eller meningslaust. Ein skal heller ikkje undervurdere behovet for ord og namn når situasjonen er uskjøneleg, ord som kan tette sprekkane når angsten og det ukjente pressar på. Å kunne gi det namnlause namn spelar ein funksjon i seg sjølv, både for lek og lærd. Når det «meningslause» handlar om kompliserte ting mellom menneske, blir diagnosar å føretrekke fordi dei fritek ein frå å vere implisert, og difor for vanskeleg saker som ansvar og skuld. Dei enkle forklaringane fungerer ofte best i slike situasjonar. Dessverre er det også slik at om ein seinare vil bli kvitt diagnosen ein har fått i psykiatrien, er det inga kurant sak. No kan det vere at mange av dei nye diagnosane (t.d. PTSD, ADHD, sosial fobi, bipolar II) blir opplevd som mindre stigmatiserande, og det er på ingen måte slik at alle klientar helst vil vere utan. Så kompliserte som identitetsprosjekta har blitt i vår kultur og i vår tid, kan ein gjere diagnosen til eit symbolsk «asyl» (ein fristad) for å sleppe unna det normale livet med alle dei krav og forventningar ein likevel ikkje trur det er mogleg å leve opp til (Ekeland, 2009). Å vere sjuk kan opplevast som eit betre identitetsprosjekt enn å vere mislukka.

Om ei plage eller lidning får status som diagnose, handlar like mykje om konsensus, og om å vinne avstemmingane, som empirisk dokumentasjon

Diagnostiske kategoriar i eit visst omfang kan slik sett vere nødvendig, men her talar vi om sosiale og psykologiske funksjonar eksternt til systemet si eiga grunngjeving. Den gjeld, som vi har sett, at diagnosen spesifiserer behandlinga. Dette er ein av mytane i psykiatrien. Skal ein oppsummere forskning på behandling i dei siste femti åra, er det lite som tyder på at sams diagnose bør gi sams behandling. Diagnosen åleine ser ut til berre i liten grad å kunne spesifisere kva behandlingssopplegg som vil vere mest tenleg. Og det er heller ikkje mykje psykologisk kunnskap i DSM. For den som skal drive psykoterapi, er diagnosane berre grovt rettleiande, ganske enkelt fordi dei ikkje seier noko om den andre som person og subjekt. Dei er som stereotypiar: kan vere empirisk rette på gruppenivå, men inneber feilslutning når ein tillegg individet eigenskapar ved gruppa ein høyrer til. I psykoterapi veit vi at noko av det viktigaste for terapeutisk utbytte er at klienten opplever å bli stadfesta som subjekt. Dette er ein nødvendig føresetnad for det relasjonstilhøvet som all psykoterapi er avhengig av. Har ein på seg for strenge diagnostiske briller, er faren nettopp at den andre som subjekt kjem på avstand.

Validiteten kan både vere låg og irrelevant sjølv om reliabiliteten er høg. Den vitenskaplege litteraturen kring DSM er påfallande lågmælt om dette problemet

Avslutning

Etter kritikk som dette er det vanleg å bli utfordra på alternativ. Å gi seg i kast med det ligg langt utanom ambisjonen i denne artikkelen (sjå likevel til dømes Beutler, 2002 og Bentall, 2003 om dette). For den som skal drive behandling, må «diagnostisering», i ålmenn tyding som å erkjenne kva problemet handlar om, sjølvstundt vere ein del av praksis. Å setje ein diagnose innanfor eit gitt system er noko anna. Det er ein kunnskapsbruk med konsekvensar, og som difor inneber epistemologisk ansvar. Eg har prøvd å vise at sjølv om den kliniske validiteten (predikere behandling) er svak ved DSM-diagnosar, inngår systemet i eit kompleks av sosiale og samfunnsmessige funksjonar – både offisielle og latente. Dei offisielle handlar om diagnosar som «inngangsbillett» til velferdsstatens ulike ordningar for hjelp, rettar og økonomiske ytingar. Dei juridiske sidene ved dette er ikkje dei einaste – juss og psykiatri møtest også i strafferett (jamfør rettssaka mot ABB). I nyliberale styringslogikkar er diagnosar også økonomiske kategoriar (jamfør innsatsstyrt finansiering), og i helsestatistikk er diagnosar ein viktig variabel for dimensjonering av tiltak og for vurdering av resultat. Evidensbasert praksis, som også inngår i dette, føreset diagnostisk spesifisering (Ekeland, 1999a). Likeeins føreset det moderne kravet om transparens og «accountability» at praksis blir dokumentert – og diagnose er difor ein nødvendig føresetnad for å vurdere om tiltaka var adekvate eller ikkje. Dei latente funksjonane med medikalisering, framandgjering og individualisering av livsvanskar er neppe tilsikta, men likevel ein viktig funksjon som tilseier at DSMsystemet også må vurderast politisk. Tidlegare kritikk av psykiatriens ideologiske rolle er såleis framleis relevant. Psykiatri er for viktig til å overlatast til psykiatrien sjølv.

Referanser

Litteratur

- Andreasen, N.C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108–112.
- Bayer, R. & Spitzer, R. L. (1982). Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 18, 32–52.

- Bennet, M. R. & Hacker, P.M.S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London Penguin Books.
- Beutler, L. E. & Malik, M. L. (red.) (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington: DC: American Psychological Association.
- Ekeland, T.-J. (1999a). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036–1047.
- Ekeland, T.-J. (1999b). Mening som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Psykologisk fakultet, Institutt for samf: Universitetet i Bergen.
- Ekeland, T.-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på Familien*, 29, 308–323.
- Ekeland, T.-J. (2009). Psykologi – den gode kunnskapen? I H. E. Nafstad & R. M. Blakar (red.), *Felleskap og individualisme*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engstrom, E. J., Burgmair, W. & Weber, M. M. (2002). Emil Kraepelin's «Self-Assessment»: clinical autography in historical context. *History of Psychiatry*, 13, 89–119.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63.
- Frances, A. (2013) *Saving normal*. New York: William Morrow/Harper Collins. Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Getz, L., Kirkengen, A.L. og Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 683–687.
- Gilman, S. L. (182). *Seeing the insane*. New York: John Wiley & Sons.
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421–431.
- Houts, A. C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern diagnostic and statistical manuals of mental disorders. I L. E. Butler & M. L. Malik (red.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press. Insel, T. (2013). *Transforming diagnosis*. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Lasta ned 15.12.13)

- Kendell, R. E. et al. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 24, 123–130.
- Kirk, S. A. & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179 (January 19), 250–258.
- Spitzer, R. L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's «On being sane in insane places». *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 442–452.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 148, 210–215.
- Taylor, M. C. (2013). *Hippocrates cried. The decline of American Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007–1023.
- Veatch, R. M. (1973). The medical model: Its nature and problems. *Hastings Center Studies*, 1, 59–76.
- Weissman, M. M. (1992). The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098–3105.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway paperbacks